

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

N° **406**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Raphaël CHERCHEVSKI

né le 7 juin 1904 à Paris

UNE

COMPLICATION DE L'ÉVOLUTION

DE LA DENT DE SAGESSE :

LE GRANULOME MARGINAL POSTÉRIEUR

Président : LEMAITRE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Raphaël CHERCHEVSKI

né le 7 juin 1904 à Paris

UNE

COMPLICATION DE L'ÉVOLUTION

DE LA DENT DE SAGESSE :

LE GRANULOME MARGINAL POSTÉRIEUR

Président : LEMAITRE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUENU..... Pathologie chirurgicale
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIERS..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).... Pathologie médicale.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale
 LE LORIER Clinique obstétricale
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MÈRE

*Auxquels je dois tout : en
témoignage de ma filiale
affection*

A MES FRERES ET SOEUR :

Michel Cherchevski

Simone et Charles Duvelle

A MES PARENTS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE PARIS
OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL
LARIBOISIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui nous a fait le très
grand honneur d'accepter
la présidence de cette
thèse.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR BERCHER
CHIRURGIEN DES HOPITAUX MILITAIRES
STOMATOLOGISTE DE L'HOPITAL DU VAL DE GRACE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré ce
travail et dirigé de ses
conseils éclairés.*

*Que ce modeste hommage
lui soit un témoignage
particulier de notre très
vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DELATER
CHEF DU LABORATOIRE DES RECHERCHES
BIOLOGIQUES
DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

*Qui nous a toujours réservé
l'accueil le plus chaleureux.*

*Qu'il reçoive ici l'ex-
pression de notre vive gra-
titude pour l'aide active,
les judicieux conseils et
le bienveillant appui qu'il
nous a accordés.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LA SALPÊTRIÈRE
GRAND CROIX DE LA LÉGION D'HONNEUR

Monsieur le Docteur LAPOINTE (*in Memoriam*)

Monsieur le Docteur COUSTAING (*in Memoriam*)

Monsieur le Docteur PAGNIEZ

Monsieur le Docteur CADENAT

Monsieur le Docteur SOUPAULT

Monsieur le Docteur METZGER

Monsieur le Docteur LÉVY-VALENSI

INTRODUCTION

Pendant notre séjour au service de stomatologie du Val-de-Grâce, le Professeur Bercher a attiré notre attention sur plusieurs cas de granulomes et de kystes marginaux localisés à la troisième molaire.

La forme toute particulière de cette affection n'ayant jamais encore été signalée en France, et les premières observations ayant été recueillies par lui au Val-de-Grâce, il eut la bienveillance de nous ouvrir son service et de nous guider dans la poursuite de cette étude.

C'est en vain que nous avons consulté la littérature française, qui ne contient aucun cas nettement défini de cette affection.

La littérature étrangère, quoique plus riche, ignore également cette forme particulière de tumeur de mâchoires.

Pendant le Docteur Hofrath, inspira récemment un travail de *Hans Moral* publié en 1932, à la fin duquel celui-ci définit nettement la variété de granulomes qui nous occupe.

A partir de ce moment, cette forme de néoplasie devint l'objet, pour M. Bercher en collaboration avec M. Codvelle professeur agrégé du Val-de-Grâce d'une étude approfondie qui leur fit reprendre entièrement la question.

Ils exposèrent le résultat de leurs recherches personnelles dans une communication faite à la Société de Stomatologie dans la séance du 20 décembre 1932.

Ils révélèrent ainsi l'intérêt clinique de cette affection ignorée, et lui attribuèrent une place dans leur classification des tumeurs des mâchoires.

Nanti de nouvelles observations prises dans le service de stomatologie du Val-de-Grâce et avec la dévouée collaboration du Docteur G. Delater qui nous ouvrit avec bienveillance son laboratoire d'anatomie pathologique, nous nous efforcerons de contribuer à ce chapitre de la pathologie que le Professeur Bercher a introduit en France.

PATHOGÉNIE

Jusqu'à présent dans la pathogénie des accidents d'évolution de la dent de sagesse on s'est efforcé presque exclusivement de mettre en lumière le mécanisme de la péri coronarite.

Aussi exposerons-nous assez rapidement l'essentiel des données récentes apportées à cette question, pour étudier plus particulièrement ce qui se passe à un stade plus avancé de l'évolution de la dent.

La plus ancienne théorie admise pour expliquer les accidents d'évolution de la dent de sagesse est la théorie mécanique ; elle se résume ainsi :

La troisième molaire, par faute de place serait coincée entre la dent de douze ans et le coroné et pourrait même, selon certains, jouer le rôle d'un véritable corps étranger.

Mais depuis longtemps on a reconnu que, tout en étant un facteur appréciable, le « manque de place » ne suffit pas à expliquer les accidents ; car, « outre qu'il est plus apparent que réel, on observe des cas où il ne peut être invoqué ».

Nous nous débarrasserons des autres théories éri-

gées depuis. Qu'il nous suffise de suivre le Docteur Monod dans l'étude publiée en 1909 alors qu'il était chef de service au Val-de-Grâce.

Il mentionne les travaux de *Moty* qui tient compte de ce que les accidents ne semblent débiter parfois qu'après l'éruption complète de la dent et qui pour les expliquer, admet comme cause :

la prolifération de débris épithéliaux inclus, au moment de la formation du follicule dentaire.

Le Docteur Monod, n'accordant pas à cette cause un rôle essentiel s'efforce déjà de mettre en valeur l'idée d'une infection putride et locale d'origine buccale, hypothèse qui prendra toute son ampleur avec les travaux capitaux de Capdepon.

La théorie de Capdepon n'est pas uniquement une théorie infectieuse ; elle est embryologique et infectieuse.

L'évolution de la dent de sagesse ne peut se poursuivre si elle est en position oblique ou horizontale : elle viendra alors buter contre la deuxième molaire.

Cette position vicieuse, l'embryologie nous l'explique.

A la suite d'un épaissement sur toute sa longueur de l'épithélium gingival, il pénétrera en certains points dans le derme sous jacent sous l'aspect d'une lame continue. C'est ce qu'on a appelé le « mur

plongeant » ou encore la : lame dentaire. Tout au long de notre épithélium gingival, se détacheront donc des lames dentaires, destinées les unes, en avant à former les incisives centrales, puis plus loin les latérales, prémolaires et enfin les grosses molaires.

De grandes différences, cependant, vont jouer entre la formation des dent antérieures et postérieures.

Partons de l'épithélium gingival ; une lame dentaire plonge en avant dans la derme, c'est elle qui donnera naissance à l'incisive centrale de lait, puis plus tard à l'incisive permanente.

Un peu plus loin, de même, une seconde lame distincte élaborera l'incisive latérale temporaire, puis permanente. Et ainsi pour la canine et les deux prémolaires : une lame distincte engendrant chacune de ces dents.

Mais les trois molaires qui, elles, ne sont pas des dents de remplacements, proviennent d'une *même lame dentaire* ; aussi s'étageront-elles de haut en bas et d'avant en arrière, et leurs axes folliculaires deviendront de plus en plus obliques jusqu'à le devenir au maximum pour la dent de sagesse. Elle tendra donc par la suite à se redresser mais elle ne pourra, si son axe est trop oblique que buter contre la dent de douze ans.

Si la dent est horizontale, elle ne pourra se redresser et restera incluse.

« D'ordinaire la dent de sagesse glisse en se redressant sur la face postérieure de la couronne de la dent de douze ans. La trace de ce mouvement reste inscrite sur la racine, qui présente une courbure à concavité postérieure ». (Capdepon).

C'est sur cette théorie embryologique que va se greffer tout naturellement la théorie infectieuse.

Par suite de cette obliquité, la couronne de la dent de sagesse va venir, nous venons de le voir, buter contre la seconde molaire.

Or, la couronne de la dent de sagesse est enveloppée d'une gaine épithélio-conjonctive qui constitue le sac péri-coronaire.

Entre ce sac et la gencive se constitue aux dépens de la lame dentaire un canal.

Dès lors le sac pourra, par l'intermédiaire de ce canal, communiquer avec le milieu buccal, s'il présente une solution de continuité.

C'est ce qui va arriver lorsque notre dent accomplira sa butée : son sac péri-coronaire se trouve ouvert par écrasement au point de contact, et peut s'infecter.

Cette infection sera d'autant plus importante qu'elle a lieu alors dans une véritable cavité close ; l'absence de tout élément de défense provoquera une exaltation de la virulence microbienne.

« Si la cavité close constitue le type le plus favorable à l'exaltation de virulence, la rétention microbienne à tous ses degrés permet cette exaltation et l'éclosion des accidents.

Il y a là, toute une gamme commençant à la cavité close ou ouverte en un seul point et se terminant au *cul-de-sac gingivo-dentaire*.

La gravité des accidents dépendra de la virulence acquise, et cette dernière sera souvent en rapport avec la profondeur de la cavité rétentive ».

Ainsi donc, comme le résume d'une façon définitive le Docteur Paul Fargin Fayolle, « l'accident de dentition est une *péricoronarite* ».

Mais si celle-ci constitue l'accident initial, indépendamment des complications déjà connues, nous allons examiner maintenant quelle peut être son évolution ultérieure.

Revenons donc au stade ou nous avons laissé l'évolution de notre dent de sagesse, butant contre la deuxième molaire.

A ce moment, la partie antérieure du sac *péricoronaire* est écrasée ; puis, l'évolution se poursuivant, la plus grande partie du sac disparaît.

Seul subsiste son segment postérieur, à l'abri de toute pression. (Voir figure 1).

Ce segment postérieur, débris du sac péricoronaire, peut donner suivant les cas deux évolutions différentes :



Fig. I

Schéma d'après Bercher et Cadville montrant le mécanisme de la formation du granulome.



Fig. II

Image en faucille.

En effet, les germes de la cavité buccale peuvent, selon leur virulence

1^o) Détermier la suppuration et produire une monoarthrite paradentaire avec élimination de pus et nécrose.

2^o) Faire jouer un processus tout différent : Par réaction réciproque de l'épithélium et du tissu conjonctif (réaction provoquée par les agents infectieux) il va se produire une prolifération notable :

« A l'épithélium irrité se joindra l'hyperplasie du conjonctif » (Docteur Bercher).

Et ainsi sur la face postérieure de la couronne, inséré au collet de la dent, se trouvera constitué le : « granulome marginal ».

Notons que, dans le cas d'une dent incluse horizontale, le granulome se trouve souvent à la partie antérieure de la dent.

Le granulome étant constitué, il va suivre une évolution semblable à celle du granulome apical.

S'il est abandonné à lui-même, il peut rester chronique et prendre une allure torpide. S'il est aigu, au contraire, il subira les transformations suivantes :

Entre l'épithélium infecté et le tissu conjonctif il se produira de petites hémorragies en même temps que se formeront de petits dépôts de cholestérine.

Le granulome se perfore donc d'une série d'orifices, en si grand nombre qu'ils finissent par former une cavité centrale, refoulant à la périphérie le tissu conjonctif entouré de son épithélium.

Le kyste est constitué.

Ainsi donc l'évolution de l'accident de dent de sagesse au lieu de s'arrêter à la péri coronarite, peut se poursuivre par la formation d'un *granulome marginal postérieur*, lui-même point de départ possible d'un : *kyste marginal postérieur*.

SYMPTOMATOLOGIE

Parfois c'est le hasard seul qui nous a fait découvrir l'existence d'un granulome de la troisième molaire.

A la suite d'une carie ou d'une complication quelconque sur une dent voisine de la dent de sagesse, on a la surprise de constater que celle ci qui ne présentait aucun signe clinique apparent, présente cependant une image radiographique correspondant à celle de la tumeur qui nous occupe.

Quelquefois aussi de petites poussées inflammatoires muqueuses siégeant autour d'une dent de sagesse *complètement évoluée*, peuvent être négligées alors que, comme nous le révélera la radio, une néoformation marginale en est la cause.

Donc au début le processus inflammatoire étant localisé à l'intérieur du maxillaire, les signes sont très frustes et parfois même complètement absents. Pendant cette période de latence la radio seule révélera l'existence du granulome.

Mais le plus souvent les symptômes seront ceux d'une péricoronarite simple, suppurée et parfois même compliquée d'ostéo-phlegmon.

Toutefois la plus grande partie des porteurs de granulomes que nous avons pu dépister au service du Val-de-Grâce présentaient le plus souvent une symptomatologie proche de celle de la péricoronarite suppurée.

Le malade se plaint d'un malaise plus ou moins accentué. Il a présenté quelques poussées thermiques — accompagnées parfois de frissons —, souvent nous lui voyons le teint terreux, sa prostration est parfois assez marquée et il n'est pas rare de voir un léger torticollis s'ajouter à ce tableau.

Le malade laisse parfois écouler sa salive hors de la bouche car tout mouvement de déglutition lui devient fort pénible, quelquefois impossible.

De tous les signes le plus constant est *la douleur* qui revêt un caractère névralgique. Sur un fond douloureux permanent se greffent des paroxysmes à irradiations très étendues.

A l'inspection les téguments du côté de la lésion nous apparaissent dans la région sous retro-angulo maxillaire, œdématiés, rougeâtres.

Au toucher : On constate une augmentation de la chaleur locale.

La palpation : Nous décèle l'existence d'une adénite sous-maxillaire. On se trouve parfois en présence de quelques ganglions individualisés ; ils sont hypertrophiés et douloureux.

Parfois au contraire nous sommes en présence d'une seule masse ganglionnaire, diffuse et adhérente.

L'examen de la bouche : Peut être rendu difficile par l'existence de *trismus* ; mais, outre que très souvent il fait défaut, son intensité nullement comparable à celle que l'on rencontre dans les accidents osseux nous permet d'en venir à bout facilement par la manœuvre de mouvements passifs.

En nous dirigeant au fond du vestibule buccal, l'attention est attirée dans la région retro-molaire par une gencive tuméfiée, rougeâtre, à surface irrégulière, fongueuse, le plus souvent sanguinolente. L'inflammation s'étend vers les piliers, l'amygdale et la région pharyngienne.

Exerçons avec une précelle munie d'une boulette de coton, une légère pression sur ce bourrelet gingival: du pus s'écoule par un petit pertuis longeant la face distale de la deuxième molaire.

Parfois, après une phase aiguë, la suppuration se tarit ou encore détermine la formation de fistules muqueuses et même cutanées ; une phase chronique se constitue durant laquelle les fistules coulent et se tarissent alternativement.

Mais s'il nous a été permis de découvrir le plus souvent le granulome marginal postérieur de la dent

de sagesse au cours de ce tableau clinique, nous ne saurions perdre de vue un des caractères fréquents de cette affection : son évolution à bas bruit.

C'est ce qui fait que nous avons pu la découvrir non seulement au cours de péricoronarites très frustes mais encore, comme nous le montrera une observation ultérieure, il nous est arrivé d'extraire préventivement une dent avec son granulome alors qu'aucun signe péricoronaire n'était cliniquement décelable.

Par contre, quoique aucune observation personnelle nous en apporte la preuve, Hofrath signale au contraire un cas très marqué où, dès lors se vérifie l'évolution que nous pouvions prévoir :

Le kyste s'exteriorise, il devient palpable sous la muqueuse vestibulaire, de telle sorte que sa ponction devient possible.

Si nous n'avons pas observé d'accidents aussi prononcés c'est sans doute qu'avertis de la présence possible de ces granulomes et pratiquant systématiquement la radiographie au cours des accidents de péricoronarite, nous avons toujours procédé à l'ablation de la tumeur avant que celle-ci n'aboutisse à un stade aussi avancé.

Radiographie

A la période de latence correspond une image radiographique révélant soit une disparition d'un fragment de tissu osseux et se traduisant alors

par une petite zone claire

soit une condensation calcaire et se traduisant au contraire.

par une zone sombre.

A une période plus avancée, on aperçoit sur le négatif en arrière du collet de la dent de sagesse inférieure et se dirigeant vers la branche montante une image qui par sa netteté devient pathognomonique de la lésion.

Parfois c'est une petite zone sombre partant du collet de la dent et se plaquant contre elle jusqu'au bord supérieur de la couronne,

quelquefois encore c'est une image en forme de virgule s'arrêtant à mi-chemin entre le collet et la face triturante.

Amincie à son bord inférieur, cette petite ombre se recourbe en épousant le contour de la dent, de telle sorte qu'elle donne une image assez comparable à celle d'une faucille. (Voir figure 2.)

Très souvent c'est une image en croissant qui souligne la face distale de la couronne presque jusqu'à la face triturante.

L'image peut également affecter une forme sphérique et s'étendre dans les cas accusés d'une façon anarchique débordant en avant et en arrière les ra-

cines de la dent — pour remonter irrégulièrement jusqu'au niveau du bord libre de la gencive.

Les images publiées par Hofrath à un stade plus avancé encore, correspondent à d'énormes sphères nettement limitées partant de l'extrémité apicale de la racine postérieure de la troisième molaire pour aboutir à l'extrémité supérieure de la couronne ce qui fait que juxtaposée à elle, la tumeur se trouve être deux fois plus volumineuse que celle-ci.

En résumé, nous ne saurions trop insister sur l'intérêt qu'il y a à faire une radiographie systématique de toute affection débutante de la troisième molaire. Par ce seul moyen en décelant la genèse d'un granulome, nous pourrions limiter son évolution.

Enfin les signes radiographiques sont d'une netteté telle, que quiconque les a vus une fois ne pourra jamais les méconnaître ni les confondre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne devons pas perdre de vue que au voisinage de la couche de revêtement, l'épithélium s'est invaginé pour donner naissance à la lame épithéliale dentaire. On retrouvera donc, étagées dans son épaisseur ces formations épithéliales qui représentent un stade évolué de l'épithélium malpighien dans la ligne adamantine.

Ainsi donc constituée, la gencive n'est plus un simple tissu fibreux recouvert d'épithélium mais un organe à la fois conjonctif et épithélial. De même le ligament alvéolo-dentaire est un tissu mixte composé à la fois de cellules conjonctives et épithéliales qui vont jouer un rôle prépondérant dans les maladies tissulaires.

Les formations épithéliales de cette région appartiennent au type d'épithélium pavimenteux stratifié.

A l'état normal il existe un équilibre physiologique entre les éléments épithéliaux et les éléments conjonctifs ; mais comme le signale Tellier dans la « *revue de stomatologie* » de 1931, certaines manifestations

pathologiques vont constituer des « conjunctivo épithélioses ». L'existence de ces inter-réactions tissulaires déclenchées par un facteur infectieux ou par une rupture synergique de l'équilibre de ces tissus nous semblent bien en dernière analyse être la cause de la tumeur que nous étudions, comme de toutes celles qui apparaissent en un point quelconque des tissus mous périodentaires.

On ne peut donc comprendre la constitution du granulome marginal, — comme aussi bien l'appellation que nous proposons, — que si l'on connaît la constitution et la genèse des premières, au moins dans leurs généralités.

L'étude complète en est donnée par G. Delater, dans son ouvrage « *Les processus inflammatoires et tumoraux des tissus mous périodentaires* » 1929. (Edit. de la *Semaine Dentaire*) — Nous rappelons seulement que ces tumeurs sont d'origine inflammatoire, provoquées par des microbes qui, à l'apex, viennent de la bouche par un canal ouvert donc infecté, au collet pullulent dans le sillon gingival. Nous ferons une étude comparative de ce qui se passe d'une part à l'apex, d'autre part, au collet.

A l'apex, ce sont les débris épithéliaux de Malassez qui, envahis par les microbes sont le siège d'une vive

réaction proliférative de leurs cellules malpighiennes: ils poussent autour de l'apex un certain nombre de digitations ou de crêtes disposées schématiquement, comme les rayons d'une roue sur une coupe, ou mieux, dans l'espace, comme les pointes d'une coque de chataigne.

Ces crêtes épithéliales baignent dans un tissu conjonctif lâche œdémateux, réactionnel, où figurent d'innombrables mononucléaires, tandis que les travées épithéliales ne contiennent que des polynucléaires témoins de la présence des microbes.

Fréquemment traversées par des capillaires de néoformation qui apportent à pied d'œuvre les leucocytes de la défense antimicrobienne, ces digitations épithéliales peuvent devenir le siège de ruptus hémorragiques partis de l'un de ces capillaires congestionnés : le sang se répand à travers les massifs épithéliaux : ainsi apparaît une déhiscence qui, par extension, par nivellement, par sécrétion séro-muqueuse secondaire aboutira aux productions kystiques : *c'est l'étape d'épithélio granulome micro kystique hémorragique.* (Delater).

L'évolution de cette tumeur inflammatoire apicale est extrêmement lente et se termine ordinairement par une *nécrose suppurative*, par une destruction torpide, insidieuse, du tissu conjonctivo épithélial et par un aplatissement de la capsule de la tumeur

quand le pus s'est évacué et si de nouveaux germes ne sont pas importés.

Exceptionnellement la prolifération épithéliale l'emporte au contraire ; et l'on voit l'épithélio granulome ou le kyste se transformer en *épithélioma adamantin*, tumeur encore bénigne, qui n'est grave que par son extension locale, mais qui ne métastase pas.

Au collet, c'est le revêtement épithélial proximal du bourrelet gingival, normalement dépourvu de ce bouclier protecteur de strates aplaties qui protège le revêtement de la face libre, — c'est ce revêtement épithélial, fragile, qui est envahi par les microbes pullulant dans la rainure gingivale et amorce des réactions prolifératives dont les pointes s'enfoncent parfois entre l'alvéole et la racine.

Mais ici l'activité microbienne est plus grande qu'à l'apex et le résultat en est un processus de *nécrose* qui déborde le plus souvent le champ des proliférations épithéliales ; il n'en persiste, parfois, que les extrêmes pointes enfoncées dans la profondeur, ou, si quelque crête a eu le temps de pénétrer entre l'alvéole et racine, une fistule serpigneuse qui s'est canalisée dans cette crête par nécrose centrale et que l'on trouve habituellement tapissée de débris cellulaires épithéliaux.

C'est par ce mécanisme qu'apparaît ordinairement,

à l'occasion d'un fléchissement du terrain, la *pyorrhée* avec son cortège de décalcification inflammatoire du rebord avéolaire (Delater).

La prolifération épithéliale peut d'autre part être assez active pour donner naissance à une tumeur, qui apparente sur la gencive, mérite l'appellation d'Epulis Epithélio-granulomateuse (granulome marginal) où l'on peut trouver une vacuolisation équivalente à celle des kystes apicaux.

Beaucoup plus souvent, le tissu conjonctivo-vasculaire réagit avec activité à l'irritation microbienne, constituant des épulis angio-granulomateuses, ou fibro-granulomateuses, ou à myeloplaxes, parfois plus ou moins ossifiées par transport du calcaire aux dépens du rebord alvéolaire décalcifié.

Il résulte de cette étude raccourcie que si, à l'apex, la tumeur inflammatoire est fréquente et la suppuration insidieuse, au collet la tumeur est rare et la suppuration fréquente. Quand il y a tumeur, elle est épithéliale à l'apex, conjonctive au collet.

Ces deux propositions se complètent ; et Delater les abrège par cette formule schématique :

<i>Epulis</i>	=	<i>Pyorrhée</i>
Epithélio-granulome apical		Suppuration alvéolo-dentaire

Le granulome marginal de la dent de sagesse obéit à ces dernières conclusions :

— Il est une tumeur inflammatoire du collet.

— Il présente ordinairement de pauvres néoformations épithéliales morcelées au milieu d'un tissu conjonctivo vasculaire granulomateux qui constitue l'essentiel de la tumeur, réalisant souvent l'aspect de bourrelet gingival chez un pyorrhéique.

— Il est l'étape de début d'une évolution qui aboutirait à l'épulis épithélio granulomateuse ou kystique selon l'agressivité microbienne, s'il n'était enlevé avec la dent de sagesse dont il a accompagné l'éruption.

La prolifération épithéliale pourra aboutir rarement à la production d'un micro-kyste hémorragique comme on en voit, au collet, dans certaines épulis et, plus habituellement, à l'apex, dans les épithélio-granulomes.

Accessoirement il nous semble intéressant de mentionner ici l'examen pratiqué par le Docteur Crocquefer d'un kyste paradentaire consécutif à un accident muqueux de dent de sagesse quoique ce kyste ne réponde pas exactement au type qui nous occupe dans cette étude. Le kyste était attaché au ligament cervical de la dent de 12 ans et la poche kystique du volume de la première phalange du pouce venait

aboutir sur la face marginale antérieure de la troisième molaire.

Signalons que la radiographie présentait une zone de raréfaction très importante à contours arrondis située sous la dent de sagesse la débordant légèrement en virgule sur sa face postérieure et venant s'étendre sous la deuxième molaire inférieure droite.

L'examen microscopique permettait de constater que les dents étaient absolument saines et ne présentaient pas trace de carie.

A l'ouverture elles présentaient une pulpe normale d'aspect et de forme. Le kyste était formé d'une membrane très mince contenant un liquide louche, laiteux mais non purulent. L'examen microscopique permettait de constater que le kyste présentait une paroi conjonctive doublée d'un revêtement épithélial. On y remarquait des réactions d'inflammation chronique et de nombreuses cellules géantes à type de myélopaxes.

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES

DU GRANULOME MARGINAL POSTÉRIEUR

La tumeur est indépendante de la muqueuse buccale qui la surplombe. L'os dans lequel la tumeur s'est développée ne présente aucune modification, il est absolument normal.

La dent elle-même est en bon état. La tumeur y

est adhérente en un seul point : le collet ; aucune attache ne la lie à la paroi osseuse, aussi le plus souvent vient-elle avec la dent au moment de l'extraction — cependant dans le cas où son développement a pu se poursuivre, une partie peut rester accolée contre la branche montante alors que l'autre suit la dent.

Mais comme il n'y a jamais d'adhérence aux tissus voisins, une légère traction permet de l'en détacher secondairement.

Exceptionnellement l'avulsion pratiquée, la dent vient seule, la tumeur restant en place. Il suffit alors de la retirer à la pince de Kocher.

CARACTERES MICROSCOPIQUES

L'épithélium du versant coronaire du sac péri-coronaire présente peu d'altérations.

Mais l'activité inflammatoire ou les traumatismes ont donné naissance dans les couches du tissu sous-jacent à une importante prolifération épithéliale. On y trouvera des petites lacunes anfractueuses contenant des débris épithéliaux. Ils paraissent provenir du revêtement proximo-dentaire dont on retrouve quelques fragments.

Citons ce qu'il ressort de l'étude du Docteur Bercher. Il a insisté sur le fait que « L'épithélium se laisse dissocier par l'infection et souvent disparaît faisant croire *qu'il n'existe pas* ».

Examinons cet épithélium.

« Il est continu et fragmentaire, tantôt étalé en revêtement d'épaisseur inégale, tantôt en massifs discontinus séparés par de vastes nappes inflammatoires. Il est limité dans la profondeur par une assise basilaire en général nette ; les cellules qui le contiennent sont loin d'atteindre la différenciation des assises de l'épithélium gingival. On peut parfois reconnaître cependant, à la faveur de l'œdème interstitiel, quelques filaments d'union qui témoignent de la filiation malpighienne de cet épithélium. Il envoie souvent de nombreuses crêtes dans la profondeur : celles-ci, dans les zones où l'hyperplasie inflammatoire est la plus marquée, s'étirent et s'anastomosent, dessinent un réseau grossier dont la trame est souvent réduite à quelques minces files cellulaires dans les interstices desquelles se coulent de nombreux polynucléaires. Le conjonctif lâche qui occupe les mailles de ce réseau est réduit à quelques cellules étoilées à noyau tuméfié, quelques minces fibrilles collagènes, entre lesquelles se pressent d'innombrables cellules inflammatoires, lymphocytes et plasmocytes. Cette inflammation, dont les degrés sont d'ailleurs fort variables, ne s'étend guère aux trousseaux plus vigoureux qui forment l'assise externe de la tumeur. Tout au plus quelques fusées lymphoplasmocytaires, le long des trajets vasculaires témoi-

gnent d'une tendance très restreinte à son extension. L'hyperplasie fibro-épithéliale inflammatoire qui caractérise la tumeur repousse sans le détruire le sac dentaire qui la limite en dehors.

Sur certains points de quelques préparations, des foyers inflammatoires plus aigus sont en voie de nécrose pyoïde. En d'autres, des hémorragies se sont produites et ont creusé des fissures anfractueuses à travers les massifs cellulaires. Il est possible que ces lésions, comme on le voit dans les granulomes radiculaires, soient à l'origine de véritables kystes ».

Pour nous qui avons étudié de nombreuses coupes prélevées après extractions faites dans le service du Val-de-Grâce et examinées en collaboration avec le Docteur Delater dans son laboratoire, il ressort que, en regardant une coupe transversale de dehors en dedans, on trouve :

- 1° Une couche de tissu conjonctif dense,
- 2° Une couche de tissu conjonctif moins tassé myxoïde.
- 3° Enfin une bordure épithéliale qui envoie de nombreux prolongements dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Nous reproduisons ci-dessous les comptes-rendus histologiques les plus caractéristiques des tumeurs prélevées par nous et dont les observations cliniques seront rapportées par ailleurs ultérieurement.

EXAMENS HISTOLOGIQUES
CORRESPONDANT AUX OBSERVATIONS
CLINIQUES

I. Examen correspondant à l'observation clinique I.

La troisième molaire inférieure est normale, le granulome est aplati. Concavé par conséquent sur le couronne. Il s'insère par une languette blanche fibromuqueuse large portant à 3 cm. un bourgeon aplati, sanglant, tomenteux, large de 3 ou 4 cm. La muqueuse recouvre la face proximo-dentaire de la tumeur.

Caractères microscopiques. Epaississement inflammatoire de la muqueuse comprimée par une émergence de la couronne. Epithélium desquamé ou proliféré par son assise basale, suivant l'endroit.

Chorion discrètement infiltré. Leucocytes. Au-dessous le tissu fibreux est normal. On y surprend toutefois de très rares débris épithéliaux odontoplastiques absolument comparables à ceux que l'on trouve à l'apex et d'autres beaucoup moins caractéristiques.

Les débris paradentaires semblent limités à la portion étroite de la languette, au voisinage de l'insertion dentaire ; portion qui porte un épithélium desquamé, un peu acanthosique et inflammatoire ; le bord le plus épais est celui où l'épithélium est normal, sans débris paradentaires.

II. *Examen correspondant à l'observation clinique II.*

Compte-rendu macroscopique et microscopique analogues.

La réaction inflammatoire est toutefois plus marquée. La prolifération épithéliale est plus développée et les pointes inter-papillaires s'anastomosent autour d'îlots conjonctifs. Le chorion est abondamment infiltré de plasmocytes.

Leur ensemble repousse les tissus fibreux de la profondeur dans une sorte de *niche* dont l'aspect rappelle celui des épithélio granulomes apicaux.

Les trousseaux fibreux eux-mêmes sont dissociés par l'infiltration inflammatoire.

Comme sur la première préparation l'épithélium enflammé paraît continuer l'épithélium de la muqueuse.

III. *Examen correspondant à l'observation clinique III.*

Active prolifération épithéliale inflammatoire du versant proximo-dentaire. Végétations papillo-granulomateuses.

Fragment de tissu conjonctif dense portant en de rares points de sa surface des débris épithéliaux sans trace de processus inflammatoire autrement marqué. Entre les trousseaux fibreux rares : îlots épithéliaux en petites rosaces qui peuvent être des débris de Malassez quiescents.

IV. *Examen correspondant à l'observation clinique XI.*

Dent cariée au collet. Le processus fluxionnaire est centré par l'épithélio-granulome lacunaire en son milieu, qui s'est développé au contact du foyer microbien de la carie et qui boursoufle le rebord gingival postérieur. Celui-ci est histologiquement normal par sa crête, mais le fond de la gouttière est effondré par une prolifération épithéliale qui communique avec les digitations de l'épithélio-granulome. Ce dernier s'est donc formé aux dépens du revêtement épithélial de la gouttière gingivale.

V. *Examen correspondant à l'observation clinique V.*

Petite tumeur lacunaire isolée. — Sous un revêtement épithélial peu altéré qui doit être celui du versant libre du rebord gingival, se trouve une petite lacune anfractueuse où l'on retrouve les débris d'un épithélium proliféré qui s'est trouvé déchiqueté par l'activité inflammatoire ou par les traumatismes. Ils paraissent provenir du revêtement proximo-

dentaire dont on retrouve quelques fragments typiques. Pas de trace d'hémorragie. Il paraît difficile de dire si l'on est en présence d'un épithélio-granulome disloqué ou d'un épithélio-granulome ayant comme à l'apex subi une déhiscence hémorragique micro-kystique.

VI, VII et IX.

Trois languettes adhérentes au collet de chacune des trois dents.

Chacune porte les traces d'une inflammation chronique dans un tissu conjonctif dense. Mais une seule porte quelques débris épithéliaux du revêtement proximo-dentaire.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

L'attention pourra être attirée par les signes de *pericoronarite* simple, suppurée, aigüe, ou chronique.

Exceptionnellement au dernier stade évolutif de la tumeur, on pourra sentir un empâtement et plus rarement encore une légère *fluctuation*.

Nous n'accorderons pas de valeur au *trismus* qui manque souvent. Lorsqu'il existe il se limite fréquemment à un état de défense passif le plus souvent réductible.

Mais avant tout, le diagnostic positif sera toujours basé sur la radio.

L'image, soit qu'elle se présente sous la forme d'une virgule, d'un croissant, d'une faucille, est dans tous les cas d'une telle netteté qu'elle ne trompe jamais.

Diagnostic Etiologique :

Chez un sujet jeune qui a présenté peu auparavant des accidents d'évolution de la dent de sagesse et chez lequel persistent une irritation de la région rétro-

molaire, une gingivite localisée, des modifications tissulaires, on pensera au granulome rétro-marginal ou au kyste.

Cependant un sujet plus âgé peut exceptionnellement présenter les mêmes troubles qui relèvent néanmoins de la même origine.

Diagnostic Différentiel

Toutes les affections inflammatoires localisées au voisinage des dernières molaires inférieures peuvent par la clinique, au début, en imposer pour un granulome marginal postérieur.

Débarassons nous tout d'abord des cas qui par une situation équivoque pourraient prêter exceptionnellement à confusion.

Le kyste du plancher de la bouche, s'il se trouve voisin de la troisième molaire sera d'autant plus une cause d'erreur qu'il apparaît généralement à peu près à l'âge d'éruption de la dent de sagesse mais son évolution ultérieure très rapide, liée aux signes évidents qui l'accompagneront dès lors, fera le diagnostic. De même citons pour mémoire :

L'abcès migrant de Chompret et l'Hirondel.

Certaine *gingivite pré-pyorrhéique* à type de prolifération exubérante pourra sur un fond inflammatoire étendu à toute la surface gingivale, subir une

exaltation particulière au niveau de la troisième molaire allant même jusqu'à donner une image radiographique qui, sans le signe pathognomonique de la raréfaction osseuse pourrait prêter à confusion, de plus l'inflammation généralisée des tissus fera le diagnostic.

Cette même remarque est valable pour une *stomatite mercurielle* ou autre qui par hasard prendrait son point de départ dans la région rétro-molaire.

Quant aux affections localisées au maxillaire inférieur elles sont nombreuses, mais peut prêteront à confusion sauf toutefois les tumeurs.

Tumeurs Bénignes :

Citons : les diverses tumeurs *dysorganoplasiques* pouvant prendre naissance sur la troisième molaire.

Une de ces formations, la variété coronoradiculaire pourrait au cours d'un examen rapide être confondue avec une tumeur inflammatoire.

Dans les tumeurs *dysembryoplasiques*, l'Adamantinose odontoplastique ou odontome.

Nous l'éliminons.

Attirons plutôt l'attention sur l'*épithélioma adamantin*.

Constituant une étape possible ultérieure du kyste marginal, il nous intéresse particulièrement.

Sous sa forme solide le diagnostic se posera avec
l'angiolipome.

Sous sa forme mixte, la plus fréquente, avec le
kyste.

L'épithélioma adamantin ou mieux fibroépithé-
liome adamantin, se signale par des *signes communs*,
même évolution lente,

même discrétion dans la symptomatologie au début,
même extériorisation tardive,

mais ce qui va le *différencier* des kystes c'est :
l'absence d'adénopathie,

la répercussion de la tumeur sur le système dentaire,
l'ébranlement des dents,

l'important soulèvement de la gencive.

Avant tout ce qui fera le diagnostic, c'est l'*exten-
sion considérable* que prendra par la suite cette tumeur
entraînant des phénomènes mécaniques importants.

Quoique cette tumeur soit essentiellement bénigne,
elle peut récidiver après ablation montrant ainsi
sa tendance à la malignité. Actuellement, tout en
tenant sa place au chapitre des tumeurs bénignes, elle
n'est pas loin d'empiéter sur celui des tumeurs ma-
lignes. En effet elle récidive souvent, elle n'a pas de
limites précises, s'infiltrant dans les tissus voisins
d'une façon désordonnée, enfin elle présente une ten-
dance marquée à la transformation en embryome
néo-malin.

Tumeurs Malignes :

Aucune confusion ne semble possible. Citons rapidement :

L'épithélioma pavimenteux alvéolaire,

L'épithélioma pavimenteux du maxillaire,

Le sarcome.

Leur marche foudroyante, leur extension considérable les différencient rapidement d'une tumeur bénigne.

En cas de doute, en plus de l'examen radiographique, on pratiquera une Biopsie.

PRONOSTIC

Le pronostic du granulome marginal postérieur de la troisième molaire est bénin. Si on a la chance de déceler cette formation à son stade initial, avec l'extirpation de la dent, tout rentre dans l'ordre.

A une phase ultérieure le pronostic des complications liées à la péri coronarite et au granulome varie avec la nature de ces complications.

Nous envisageons le pronostic du granulome en soi.

Abandonné à lui-même, il se transformera en *abcès* ou en *kyste*.

Ce dernier pourra prendre des proportions importantes, s'infecter, suppurer, se fistuliser.

A ce moment, les signes généraux pourront s'aggraver au point de menacer, dans les cas extrêmes, la vie du malade.

Enfin on a signalé un cas de transformation de *kyste paradentaire* en *épithélioma adamantin* lequel comme nous l'avons vu, par lui-même et par sa transformation possible est d'un sombre pronostic.

Il est évident que le pronostic dépendra, encore

des prédispositions organiques du patient, de sa puissance de résistance à l'infection.

Nous pourrions tout redouter chez un sujet se relevant récemment d'une maladie anergisante, chez un cardiaque, chez un diabétique.

COMPLICATIONS

1. COMPLICATIONS PROPREMENT DITES

D'après nos observations c'est à la faveur des conditions anatomiques, mécaniques et microbiennes, intimement liées à l'éruption de la troisième molaire, qu'apparaît le granulome. Mais le facteur déterminant disparu, le granulome n'en continuera pas moins à s'organiser en dépit de la disparition de la cause qui lui a donné naissance.

Nous rapporterons une observation de granulome se manifestant 15 ans après l'éruption totale de la dent de sagesse.

Le Docteur Ginestet qui s'intéressa à notre étude a retrouvé sur un os sec une niche creusée par un granulome marginal postérieur alors que la troisième molaire avait parfaitement évolué.

Donc l'évolution du granulome peut être lente se poursuivant à bas bruit durant de nombreuses années sans s'accompagner d'aucune complication.

Puis une *inflammation de la muqueuse*, persistante nettement localisée, récidivante, rarement in-

influençable par le traitement symptomatique, fera faire le diagnostic.

Averti de la nature de la lésion causale, l'extraction de la dent accompagnée de la tumeur fera cesser le plus souvent toute complication ultérieure.

Mais si au cours d'un accident de péricoronarite le praticien limitant son opération à un décapuchonnage de la muqueuse n'intervient pas sur le granulome, qu'advient-il ?

I. Comme nous venons de le voir si la dent est viable, elle évoluera normalement, et aucun symptôme n'apparaîtra avant plusieurs mois ou même plusieurs années.

Exceptionnellement le granulome se résorbera, mais *le plus souvent* il se transformera en *kyste* :

II. Ce kyste pourra :

1. *s'enflammer*

2. *suppurer*

3. *se fistuliser.*

Histologiquement, il n'est pas impossible que notre kyste se transforme en kyste multiloculaire.

III. Le kyste qui à cette période, s'accompagne de symptômes ne passant pas inaperçus, se transformerait, au cas exceptionnel où il n'en serait pas moins négligé, en *épithélioma adamantin* transformable lui-

même comme nous l'avons vu, en tumeur maligne : *épithélioma pavimenteux malpighien*.

IV. Il est possible aussi que, même après ablation, ce kyste n'échappe pas à la loi qui régit les autres tumeurs même bénignes des maxillaires et puisse parfois récidiver sous la même forme ou sous une autre.

II. COMPLICATIONS LIÉES A L'ÉVOLUTION DE LA DENT DE SAGESSE.

1. *Complications cellulaires et muqueuses.*

Il ressort de la majorité de nos observations ainsi que de celles publiées par le Professeur Bercher que le *granulome marginal postérieur* a été le plus souvent découvert en période de *péricoronarite* et plus particulièrement encore, de *péricornarite suppurée*.

Si le pus issu du sac *pérocronaire* inocule le tissu cellulaire muqueux il peut créer des *stomatites*, des *angines*.

Le tissu muqueux du capuchon est en continuité avec le tissu cellulaire de la joue, d'où le point de départ possible d'une *cellulite jugale*. S'il se répand dans le tissu cellulaire sous-muqueux, il créera des cellulites sans localisation nettement définie : abcès migrateur de Chompret et l'Hirondel.

La cellulite peut se localiser entre le tissu lingual, le mylo-hyoïdien et la muqueuse gingivo-linguale formant ainsi un abcès du plancher de la bouche.

Le tissu sous-muqueux du capuchon se continue, avec celui du triangle retro-molaire puis, de là, gagne le pilier antérieur du voile du palais. D'où le point de départ d'affections sus-amygdaliennes et amygdaliennes. La cellulite, selon la virulence des germes microbiens, selon l'état de défense des tissus donnera lieu par ordre de gravité croissante à de simples œdèmes inflammatoires ou à des suppurations :

abcès banal

phlegmon gazeux circonscrit

enfin phlegmon diffus répondant au type de :

l'angine de Ludwig.

Si les lésions demeurent subaiguës elles peuvent créer des *phlegmons ligneux*.

2.) *Complications musculaires.*

Si le muscle est infecté ou irrité il y aura du *Trismus*.

3.) *Complications osseuses.*

A un degré de plus, le pus atteint le maxillaire ; dès lors, apparition d'*ostéophlegmon* ou d'*ostéomyélite*.

Signalons que dans ce cas, il y a très souvent disproportion entre l'allure banale des accidents muqueux l'absence de début violent et la gravité des signes généraux ultérieurs.

L'évolution pourra se poursuivre malgré une extraction prompte de la dent de sagesse. (Observation du Professeur Lemaître).

4. *Complications veineuses.*

La propagation de l'infection en suivant la voie faciale ou ptérygoïdienne pourra donner la redoutable *thrombo-phlébite du sinus caverneux*.

Par ensemenement à distance, l'accident pourra être le point de départ d'une *phlegmatia alba dolens*.

Nous citerons ici le cas d'un de nos maîtres qui, le quatrième jour après l'extraction d'une dent de sagesse inférieure compliquée de péricoronarite suppurée, fut subitement immobilisé par la manifestation des signes d'une phlébite de la saphène.

5. *Complications nerveuses.*

Elles consistent en phénomènes névralgiques dans le domaine du nerf dentaire inférieur avec des irradiations à distance.

La paralysie faciale est exceptionnelle.

6. *Complications ganglionnaires.*

L'adénite qui existe normalement dans tout accident de la troisième molaire peut se transformer en périadénite et même en adéno-phlegmon.

Enfin, signalons la possibilité de *troubles trophiques*: pelade, calvitie.

TRAITEMENT

Lorsqu'un patient présente des signes douloureux inflammatoires ou autres, liés à l'éruption de la troisième molaire le réflexe du praticien doit être avant de pousser plus loin son examen, de le fonder sur une radiographie de la région.

Cette radiographie révélera :

1. Que la dent peut évoluer normalement.

Dans ce cas, si l'image ne se complique pas de celle d'un granulome et si l'on a constaté auparavant qu'il n'y a pas d'infection grave, l'extraction ne s'imposera pas,

II. Que la dent vient buter contre la deuxième molaire ; ou qu'elle est en malposition horizontale ; ou bien, encore que normalement placée elle présente l'image d'un granulome marginal postérieur :

l'extraction s'impose — et le plus rapidement possible.

Nous passerons rapidement sur le premier cas envisagé puisqu'il est un peu en dehors de l'objet de cette étude.

Nous nous contenterons de dire que dans ce cas, le décapuchonnage doit être fait très largement, que le procédé de choix est le bistouri diathermique mais que, si on n'en a pas à sa disposition on n'usera en aucun cas du thermo ou galvanocautère. On se servira des ciseaux et du bistouri.

Au cas exceptionnel ou l'on ne voudrait pas intervenir à chaud, où pourra à la rigueur employer l'acide trichloracétique ou sulfurique qui peuvent donner de bons résultats ; mais ce n'est là qu'une indication exceptionnelle : (Très mauvais état général du patient. Impossibilité matérielle de pratiquer une intervention aseptique).

En règle générale, il faudra intervenir rapidement même en période suppurative et sur des tissus enflammés. Il serait dangereux de vouloir temporiser en conseillant d'anodins bains de bouche, l'emploi de quelconques révulsifs, pratiques qui laisseraient à l'infection la possibilité de s'étendre et de permettre des complications dont à l'avance on ignore la gravité.

Nous en arrivons au deuxième cas ; nanti des renseignements apportés par la radio sur la forme et la direction des racines, nous nous préparons à intervenir. Si la dent a des racines semblables à celles des autres molaires inférieures, l'intervention sera l'extraction commune à celle de toutes les grosses molaires inférieures.

S'il y a malposition vestibulaire, l'extraction se fera à la langue de carpe à la condition que la deuxième molaire ne soit pas absente. En cas de malposition linguale, nous aurons recours au procédé de Pont :

(Après syndesmotomie, on introduit l'élévateur droit entre la dent et la table externe du maxillaire ; on la bascule alors de haut en bas et de dedans en dehors. La dent étant luxée on la saisit avec un davier)

Mais le plus souvent, l'évolution de la dent n'est pas complète ; sa partie supérieure se coince sur le collet de la deuxième molaire. Nous aurons recours à l'extraction chirurgicale.

C'est ce même procédé que nous emploierons lorsque nous aurons découvert à la radio que la dent s'accompagne d'un granulome.

Décrivons-le :

Anesthésie

L'importance de l'intervention, la gravité des accidents, le fait que les tissus dans lesquels nous allons intervenir sont infectés, le trismus, autant d'éléments qui vont nous aider dans le choix de notre anesthésie.

Rejetons l'anesthésie locale par trop superficielle. De plus la vaso-construction qu'elle détermine crée

au contact même de la phlégmasie un excellent terrain pour l'extension du processus infectant : elle paralyse la défense.

En outre, la solution anesthésique tout aseptique qu'elle soit, ne se souille-t-elle pas au contact de la zone septique devenant dès lors, un véritable agent propre à étendre l'infection ?

Pour supprimer le trismus, il semblerait commode de pratiquer l'anesthésie générale ; cependant, elle n'est pas exempte de danger. Il y a tout de même disproportion entre l'importance de l'intervention et la gravité de l'anesthésic générale. De plus, la position couchée gêne l'opérateur. Le protoxyde d'azote donne un temps *trop court*. Il vaudrait mieux la réserver à des cas exceptionnels (quand la pusillanimité du patient la réclame). En tous cas, il faut prévenir le malade et opérer avec un anesthésiste.

Le procédé de choix c'est l'*Anesthésie tronculaire*. S'il n'y a qu'un léger trismus, avec l'ouvre-bouche de Doyen, on peut parfaitement pratiquer l'anesthésie du maxillaire inférieur à l'Epine du Spix.

On repère avec l'index la lèvre interne de la branche montante à un centimètre au-dessus de la face triturante des molaires, on enfonce l'aiguille de deux centimètres en suivant exactement le long de l'index ; à ce moment, on porte la seringue dans la commis-

sure labiale du côté opposé et après s'être assuré qu'on suit toujours le contact osseux, on pousse l'injection de novocaïne.

La solution qui nous a donné les meilleurs résultats est celle d'un pourcentage de 2 % de novocaïne additionnée d'une goutte par centimètre cube d'adrénaline au millième en utilisant le liquide de Ringer comme véhicule.

Au bout d'un quart d'heure, le patient accuse des picotements dans la lèvre et la joue du côté anesthésié. C'est le moment opportun pour opérer.

Dans les cas rares comme nous l'avons vu, où le Trismus est suffisamment serré, pour nous interdire l'accès de la branch emontante, on pratiquera l'*anesthésie massétérine de Bercher* qui nous permettra de recourir secondairement à la tronculaire classique que nous venons de décrire. Comme son nom l'indique, l'anesthésie massétérine consiste à anesthésier le nerf massétérin et se pratique comme une injection intra-musculaire.

Nous prendrons comme point de repère l'apophyse zygomatique, le coroné.

Tout en faisant ouvrir la bouche au patient cherchons avec le pouce la dépression sous-zygomatique qui se produit alors, et exactement sous le pouce, perpendiculairement au plan jugal, nous allons intro-

duire notre aiguille de 1 à 2 centimètres et pousser l'injection.

Au bout d'un quart d'heure, l'anesthésie est complète : il n'y a plus de trismus.

Technique de l'extraction

POSITION DE L'OPÉRATEUR

Si la dent est à gauche, l'opérateur se tient devant le patient, le médius de sa main gauche engagé sur la face linguale, refoulant la langue, l'index dans le sillon vestibulaire écarte la joue, le pouce est sous le menton, les deux autres doigts libres hors de la bouche.

S'il s'agit d'une dent située à droite, l'opérateur se place en arrière et à droite du patient. Le bras gauche encercle la tête et la main gauche empaume la mandibule de telle sorte que le pouce se place sur la face linguale, l'index situé dans le sillon vestibulaire écarte la joue tandis que les trois autres doigts passent sous le menton.

Comme il est probable, il faudra d'abord inciser la muqueuse sur la crête alvéolaire au-dessus et en arrière de la dent. Puis on fera une deuxième incision perpendiculaire à la première et en arrière de la dent de douze ans.

A ce moment, on recline le lambeau et on le fait tenir à l'écarteur par un aide.

Creusons maintenant au ciseau la face externe de l'os dans la direction des racines, après avoir tracé les limites de la portion à enlever. Il sera bon le plus souvent de s'aider au marteau. Certains préféreront détruire l'os à la fraise. Arrivés à quelques millimètres de l'apex, on découvre la face externe des racines. Nous n'avons plus qu'à dégager la dent à l'élévateur ; elle vient facilement accompagnée sur sa face postérieure par le granulome. Si celui-ci ne vient qu'en partie, il suffit de recueillir à la pince de Köcher la portion qui est restée dans l'alvéole.

Au cas où le granulome ne suivrait pas la dent pour une raison ou pour une autre (point d'attache insuffisant, manœuvre trop brutale), il est facile de le recueillir après l'extraction puisqu'il adhère peu aux tissus voisins et à l'os.

Dans certains cas de granulomes transformés en kystes volumineux, il sera parfois nécessaire d'extraire aussi la dent de douze ans (cas de Crocquefer).

D'où nécessité d'intervenir le plus tôt possible. Quoiqu'il en soit, il est indispensable de terminer l'intervention par un curettage afin de vérifier l'absence de débris.

Nous préférons ne pas suturer et laisser le caillot s'organiser.

On prévient le patient qu'un trismus plus ou moins intense le menace dans les jours suivants. Les muscles masticateurs voisins sont en effet touchés, une cellulite peut se développer, les ganglions participer à l'infection et il est indispensable dans les cas les plus bénins d'organiser un *traitement post-opératoire*.

Les lavages fréquents grâce à un irrigateur à canule coudée, seront faits avec une solution analgésique. On luttera contre les douleurs avec l'aspirine ou ses dérivés, bromure de potassium chez les sujets surexcités. Si après 48 heures, les tissus s'œdématisent, la température monte, des douleurs vives apparaissent, on pourra faire des injections de stock-vaccin, de septicémine, utiliser le bactériophage mais le traitement de choix nous semble consister en injections intra-musculaires de sels métalliques colloïdaux.

Examinons maintenant la tumeur que nous avons enlevée. Si elle répond aux caractères que nous avons étudiés en anatomie pathologique, il est inutile d'insister. Mais si un doute s'établit, si nous sommes en présence d'un kyste en voie de transformation vers l'épithélioma adamantin — ce qui est histologiquement possible comme nous l'avons vu, il semble alors indispensable de faire une *biopsie*, dont le résultat peut modifier le pronostic ultérieur.

Traitement des complications

Il ne nous semble pas que dans le cas des complications de la péricoronarite envisagées par ailleurs, la présence du granulome modifie le traitement de celles-ci.

Nous citerons enfin une observation relatant un cas exceptionnel celle du Docteur D... qui 15 ans après l'éruption d'une dent de sagesse vit apparaître sur le versant marginal-postérieur de la gencive une condensation tissulaire, du volume d'un demi-pois et présentant cliniquement tous les signes d'un granulome ; il pratiqua une détersion énergique de la région à l'aide d'une brosse très dure, accompagnée d'attouchements iodés qui eurent raison de cette formation. Nous ne pouvons affirmer qu'il s'agissait d'un granulome, l'examen histologique n'ayant pas été pratiqué, il nous a paru cependant intéressant de relater ce cas quoique, comme nous y avons insisté longuement au cours de cette étude, nous soyons persuadé que tout traitement palliatif est non seulement vain mais encore peut être lourd de conséquences et qu'à toute constatation de granulome il n'est qu'une indication qui se pose :

L'EXTRACTION DE LA DENT ET DE LA TUMEUR.

CLASSIFICATION DES TUMEURS DES MAXILLAIRES
ET SITUATION DU GRANULOME MARGINAL POSTERIEUR
DE LA TROISIEME MOLAIRE DANS CETTE CLASSIFICATION

(d'après le Docteur Bercher et Codvelle)

I. Tumeurs inflammatoires	1° <i>A majoration épithéliale</i>	1° Granulome apical 2° Kyste appendiculaire. radiculo-dentaire 3° Kyste corono-dentaire. 4° Granulome. Kyste marginal de la 3° molaire.
II. Tumeurs hyperplasiques	2° <i>A Majoration conjonctive</i>	Polypes pulpaire. Epulis. Hypercémentoses.
III. Tumeurs dysembryoplasiques Sans cause d'irritation évidente. <i>Adamantinomes</i>	1° <i>A majoration épithéliale</i> (développement illimité) = épithélioma adamantin = mieux : fibro-épithéliome : 3 Variétés :	{ Solide, Kystique, Mixte.
	Transformable en <i>embryonome néo-malin</i> .	
	2° <i>A majoration conjonctive</i> . (développement limité).	
	adamantinome odontoplastique (enfants).	
IV. Tumeurs dysorganoplasiques = <i>Malformation</i> = <i>Dentomes</i>	1° <i>Extra dentaire</i>	{ Couronne, perte d'émail Racine. Corono-radulaire.
	2° <i>Intra dentaire</i>	{ (Dens in dente).

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

Le soldat R... Vi... se présente un matin à la consultation de stomatologie du Val de Grâce.

Un mois auparavant il était allé consulter le dentiste attaché à l'infirmerie de sa caserne pour des signes de péricoronarite. Des bains de bouche lui furent prescrits et il y eut rétrocession des phénomènes douloureux. La dent restait cependant toujours recouverte de son sac.

Lorsque nous l'examinons, il souffre depuis trois jours : les téguments correspondant à la région de la troisième molaire inférieure droite sont œdématiés, rouges, et marquent une vive chaleur locale.

A la palpation, léger empâtement. On n'a pas de peine à faire ouvrir la bouche au malade, tant le trismus est léger. La dent de sagesse apparaît, butant contre la deuxième molaire et se découvrant à peine du côté vestibulaire. Elle reste encapuchonnée par son sac, ne présentant ni inflammation ni suppuration. Pas de réaction ganglionnaire.

Radiographie.

Partant du collet, une ombre remonte jusqu'au bord postérieur, libre, de la couronne. Cette ombre en virgule correspond à l'image du granulome de la troisième molaire.

On décide de procéder à l'extraction de la dent. Anesthésie tronculaire : 3 centimètres cubes de solution injectable.

Syndesmotomie en dehors, en avant — on ne pratique pas la syndestomotomie en arrière, pour ne pas déchirer la tumeur. La dent de douze ans étant présente, on se sert de la langue de carpe pour luxer la troisième molaire. Il ne nous reste plus qu'à la cueillir avec le davier. Après l'expulsion de la dent de son alvéole, elle reste maintenue en arrière par la tumeur comme nous le prévoyions. On la détache avec la pince de Kœcher. La muqueuse sous-jacente est absolument intacte. Cette dent, qui aurait pu évoluer normalement, a été extraite uniquement sur la donnée radiographique dont l'image en virgule était pathognomonique du granulome marginal postérieur de la troisième molaire.

OBSERVATION II

Madame I... vient pour une carie de sa troisième molaire mais elle assure avoir des accidents muqueux

depuis plusieurs années. Cependant la dent est parfaitement évoluée. On l'extrait à sa demande le 27 avril 1933. Une longue lanière retenait la dent, l'attachant au maxillaire.

Cette lanière vient avec la dent.

OBSERVATION III

Le soldat E... présentait de légers accidents de péricoronarite avec des signes frustes.

On fait une radio du demi-maxillaire inférieur gauche et l'on constate que la dent a suffisamment de place pour évoluer mais qu'une ombre en faucille lui est accolée.

On procède donc à l'extraction préventive suivant la technique d'extraction chirurgicale de la dent de sagesse.

OBSERVATION IV

Un jeune polytechnicien de Saint-Cyr au cours d'une maladie éruptive a présenté des poussées douloureuses au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, à droite. Quand il vient consulter on constate tous les signes d'une péricoronarite suppurée compliquée d'une fusée purulente de la joue.

La dent de sagesse n'est pas encore complètement

évoluée mais elle est sur l'arcade en position sensiblement normale.

La radio montre une zone sombre très nette en arrière de la troisième molaire, cette zone sombre prend naissance un peu au-dessous du collet, se plaque contre le bord postérieur de la couronne et se termine légèrement au-dessous de son bord libre.

L'intervention a été pratiquée et a confirmé l'examen.

OBSERVATION V

Le soldat André J... souffrait depuis deux ans de sa dent de sagesse inférieure droite. L'évolution n'était pas complète.

Le sac péricoronaire recouvrait à demi la dent. Un dentiste consulté fit des pointes de feu. Malgré cela, évidemment, les douleurs ne rétrocèdent pas ; de plus il se forme un abcès dont la résolution est d'ailleurs spontanée.

A ce moment le patient vient consulter, on pratique immédiatement une radio et on constate l'ombre d'un granulome en arrière de la dent de sagesse. On fait l'extraction, on cueille la tumeur. Au bout de huit jours le malade, parfaitement guéri, ne souffre plus.

OBSERVATION VI

Le lieutenant P... présente depuis un mois, lorsqu'il vient consulter, les accidents suivants : névralgies discontinues prenant naissance dans la région rétro-molaire et irradiant vers l'oreille, le globe oculaire et la région frontale.

Trismus chronique empêchant toute alimentation normale.

A l'examen on découvre outre des signes locaux de péricoronarite, un énorme abcès vestibulaire, et une gingivite latéralisée à droite.

Le patient invoquant la crainte d'une intervention à chaud, veut temporiser.

Nous l'en dissuadons et lui faisons faire un cliché radiographique.

La dent de sagesse est coïncée entre la branche montante et la dent de 12 ans. De plus elle s'accompagne d'une image en faucille tout à fait caractéristique. (Voir figure III.)

Le patient accepte alors l'intervention immédiate. Au moment de l'extraction une partie de la tumeur vient avec la dent, l'autre morceau reste dans l'alvéole d'où il est extrait à la pince de Kocher.

OBSERVATION VII

Le soldat R... est hospitalisé pour un énorme adénophlegmon sous-maxillaire du côté gauche.

A l'examen la dent de sagesse semble correctement implantée.

A l'interrogatoire cependant, le patient révèle qu'il y a 6 mois il a ressenti quelques douleurs; la région retro-molaire était rouge, tuméfiée, mais il a négligé ces signes qui ont d'ailleurs disparu avec l'évolution complète de la dent. Sur ces indications on pratique une radio qui découvre derrière cette dent en position normale, la petite zone sombre caractéristique d'un granulome.

Après opération de l'adénophlegmon, extraction de la dent et de la tumeur. Le Docteur Delater en a pratiqué l'examen relaté précédemment (Voir : Anatomie pathologique, n° 7).

OBSERVATION VIII

Le soldat J.R. maître fourrier se fait hospitaliser pour un énorme ostéophlegmon saillant surtout au niveau des première et deuxième molaires.

Le trismus n'est pas exagéré mais la troisième molaire inférieure droite est complètement recouverte

par le capuchon muqueux, rouge, œdématisé, douloureux.

Cependant de petits pertuis permettent à la sonde de pénétrer et de percevoir un cuspide.

La radio montre une troisième molaire fortement obliquée et dont le cuspide mésio-vestibulaire vient buter à 3 mm sous le collet de la dent de douze ans.

Il est intéressant de noter que le granulome marginal postérieur qui prend naissance au collet de la troisième molaire descend en s'élargissant jusqu'à l'extrémité inférieure des racines, les contourne, pour remonter le long de la face antérieure de la dent, la circonscrit ainsi de sa face postérieure à sa face antérieure. (Voir figure V.)

Il est regrettable qu'au cours de l'extraction nous ayons dilacéré cette formation.

Il est intéressant de rapprocher ce cas de celui relaté par le Docteur-Crocquefer :

même image radiographique ; on peut concevoir qu'à un stade plus avancé le processus ait envahi la région correspondante à la dent de douze ans.

OBSERVATION IX

Le 25 avril 1933, E.G., vient consulter pour une ulcération douloureuse rebelle siégeant en arrière de la dent de douze ans.

On découvre en effet cette ulcération — elle est circulaire, superficielle et donne accès au cuspide interne et mésial de la dent de sagesse, le seul qui soit visible.

A la radio : la dent mal évoluée, en position normale cependant, a amorcé sa courbe de redressement compensatrice — mais il nous semble qu'elle ne pourra franchir l'espace qui lui est dévolu entre la dent de douze ans et le rebord osseux — que de justesse.

De plus on voit une ombre en faucille caractéristique.

OBSERVATION X

Le maréchal des logis H.B... se présente avec les symptômes subjectifs et objectifs d'une périoronarite suppurée.

Très léger trismus. Oedème de la joue.

Adénite sous-maxillaire. *A la radio* on découvre une dent ayant terminé son évolution, et partant du collet au niveau de la zone postérieure : une ombre dentelée anfractueuse, large de 4 millimètres descendant le long de la dent en formant derrière elle une véritable marge ombrée, puis aboutissant à l'apex où elle se réfléchit pour venir s'étaler dans l'espace qui sépare le bord inférieur de la racine de la deuxième molaire de celui de la troisième. (Voir figure IV.)



Figure III.

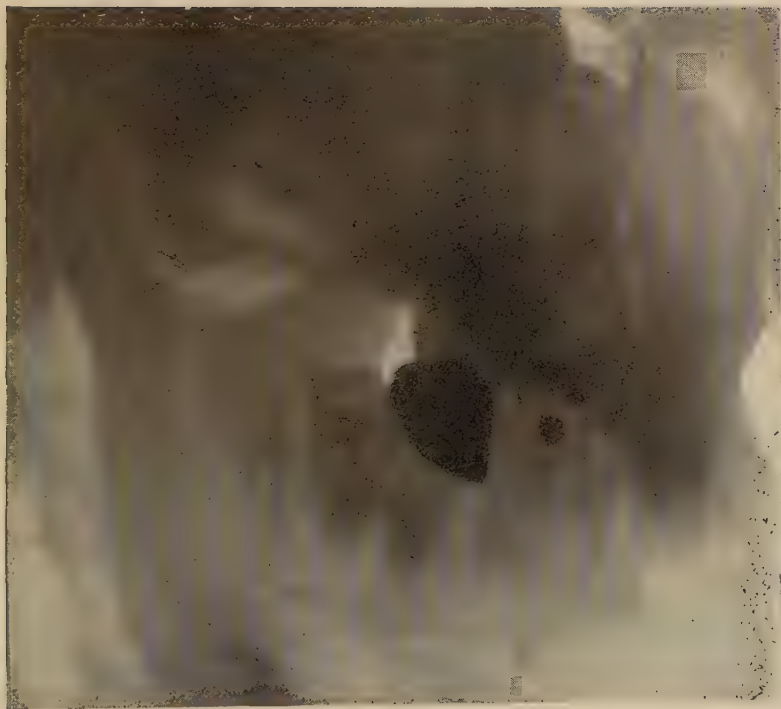




Figure V.

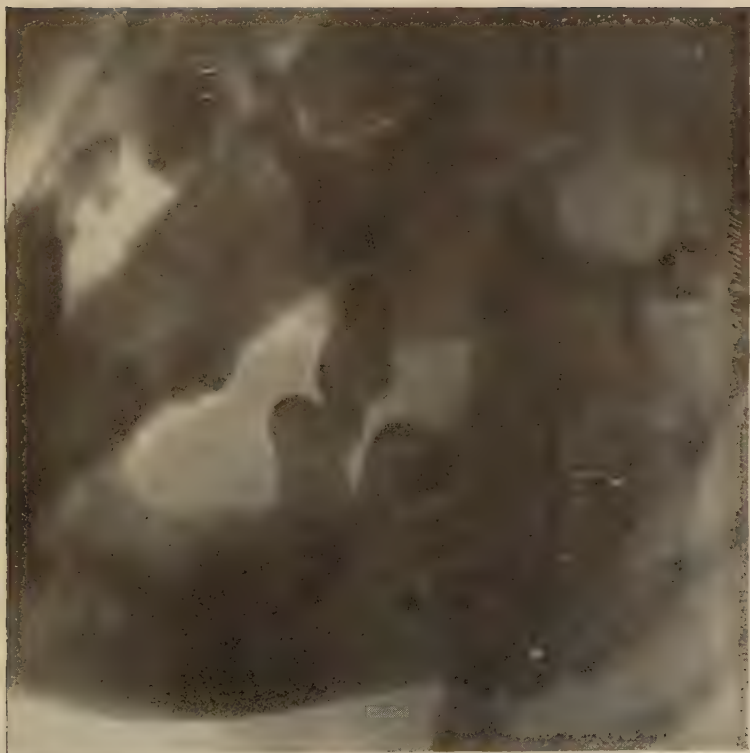


Figure VI.

OBSERVATION XI

Enfin, citons cette observation, remarquable par l'absence de tout signe de péricoronarite antérieure par le fait que la dent est parfaitement évoluée et par la présence d'une carie. Celle-ci serait donc ici l'agent déterminant au même titre que la péricoronarite dans tous les cas cités jusqu'à présent, avec cette distinction que cette formation se serait constituée aux dépens de l'épithélium gengival alors que dans les cas de péricoronarite elle se forme aux dépens des débris du sac péricoronaire.

Le soldat J. A..., se présente à la consultation pour une carie du collet de la dent de sagesse inférieure droite. On constate à l'examen que cette dent est en malposition, la face triturante tournée vers la langue, par ce fait même la racine vestibulaire est devenue superficielle.

A la radio : on découvre, couchée entre la face postérieure de la couronne et la branche montante, une petite zone sombre, allongée, large de six à sept millimètres ; (Voir figure VI.) on opère. Le granulome vient avec la dent.

OBSERVATIONS DU PROFESSEUR BERCHER

III. Aspirant de marine S..., signes cliniques de péricoronarite suppurée de dent de sagesse inférieure gauche.

A la radio, petite zone sombre en arrière de la dent. Extraction de la dent qui vient seule. On attire ensuite par tractions à la précelle une membrane qui se détache facilement de l'os.

VIII. Médecin capitaine M..., histoire de péricoronarite suppurée ancienne, chronique, sans accidents aigus. A la radio, zone de décalcification osseuse de deux cm. de hauteur, partant du collet de la dent de sagesse inférieure gauche et suivant le bord antérieur de la branche montante.

Extraction de la dent, la néoformation reste dans l'os ; il faut l'extirper ensuite à la pince de Köcher.

XI. Amiral B..., vient pour pulpite sur dent de sagesse évoluée. Depuis longtemps avait eu de petites poussées inflammatoires muqueuses ; à différentes reprises des cautérisations avaient été faites.

La radio montre une zone sombre, ovale, longue de 15 mm. et large de 5 en arrière de la face distale de la dent de sagesse inférieure droite.

Extraction de la dent seule ; mais derrière elle il reste une néoformation volumineuse, molle, adhérent assez fortement aux tissus voisins, mais qui vient cependant avec des tractions à la pince de Köcher. La tumeur a le volume d'une amande.

CONCLUSIONS

I. Le granulome marginal postérieur, accident d'évolution de la dent de sagesse est une affection non rare, et cependant jusqu'ici peu connue en France

II. Les accidents de l'évolution de la dent de sagesse s'expliquent par des dispositions anatomiques résultant d'un mécanisme embryologique. Ces dispositions favorables au développement des microbes expliquent l'infection du sac péricoronaire (Capdepon).

Cette infection sera le point de départ possible d'un *granulome marginal* postérieur, point de départ lui-même s'il évolue d'un *kyste marginal*.

III. La symptomatologie clinique, très fruste, se base uniquement sur des signes de péricoronarite; encore ceux-ci peuvent-ils manquer. La radio seule révèle inmanquablement l'existence du granulome.

IV. L'anatomie pathologique est toute différente de celle du granulome apical. Le point de départ de la lésion est l'épithélium du sac péricoronaire qui, atteint par l'infection microbienne, glisse sous forme

de pointes entre la dent et l'alvéole transportant les germes dans le conjonctif d'où prolifération mixte.

V. Le diagnostic, à condition de passer à la radio tous les cas de dents de sagesse attirant l'attention est d'une simplicité remarquable. Aucune affection des maxillaires ou des gencives, aucune tumeur même ne peut être confondue avec un *granulome marginal postérieur*.

VI. D'une part on peut assister à toutes les complications connues liées à la péri coronarite et indépendantes du granulome lui-même ; d'autre part aux complications qui lui sont propres : transformation en abcès, en kyste, et même en épithélioma adamantin.

VII. Le pronostic relève directement des considérations précédentes. Il est bénin dans la plupart des cas.

VIII. Le traitement du granulome marginal postérieur consiste dans l'ablation de la dent de sagesse au collet de laquelle il se trouve attaché. Lorsqu'il ne vient pas avec elle il suffit de le cueillir secondairement à la pince de Kocher.

<i>Vu :</i>	<i>Vu :</i>
<i>Le Doyen :</i>	<i>Le Président de la thèse :</i>
ROUSSY.	LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BERCHER. — « Granulomes et kystes marginaux de la troisième molaire », *Revue de stomatologie*, février 1933.

BRANCA. — *Histologie*.

CAPDEPONT. — « Recherche méthodique d'une dent de sagesse en évolution », *Revue de stomatologie*, 1902.

— *Pathogénie des accidents de la dent de sagesse*, 1901

CROCQUEFER. — *Semaine dentaire*, 1^{er} mars 1931, 3 avril 1932.

DELACOUR. — « Accidents d'évolution de la dent de sagesse », *Journal des sciences médicales de Lille*, 1902.

DELATER. — « Processus inflammatoire et tumoraux des tissus mous périodentaires », *Semaine dentaire*, 1929.

FARGIN FAYOLLE. — « Pericoronarite », *Presse médicale* novembre 1910.

HOFRATH. — *Deutsche Monatschrift Zahnheilkunde*, 1930.

SAEGER. — « Analyse » *Revue de stomatologie*, janvier 1934.

MONOD. — *Précis de stomatologie*.

MOTY. — « Pathologie de l'évolution de la dent de sagesse », *Revue de chirurgie*, 1901.

NOGUE. — *Traité de stomatologie*.

— « Accidents de dent de sagesse », *Archives de stomatologie*, 1902.

PONT. — *Maladies de la bouche et des dents.*

ROSENTHAL. — « Pericoronarite suppurée », *Semaine dentaire.*

SALTER. — « Trismus chronique résultant de l'inclusion d'une dent inférieur » (Guy's Hospital reports), t. XIII.

TELLIER. — *Conjunctivo-epithelioses de la région gingivo-dentaire.*

